

鳥取市B類疾病予防接種費用助成申請書（兼償還払請求書）

申請日 2024年9月30日

鳥取市長様

標記について、領収書等を添えて申請します。

なお、償還払いに係る支払いは、下記金融機関に振り込みをお願いします。

申請者	ふりがな	エキナン タロウ			印 ※自署の場合は押印不要
	氏名	駅南 太郎			
	住民票に記載の住所	〒 680-0845 鳥取市富安2丁目138-4			
	電話番号	090-1234-5678 ※日中連絡のとれる電話番号を記載してください。			
	被接種者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他（ ※「その他」の場合は別途委任状が必要です。			
被接種者	ふりがな	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者			
	氏名	と同じ			
	住民票に記載の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者	〒	鳥取市	
	生年月日	1959年9月27日			※西暦で記入してください。
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 契約外医療機関での接種のため <input type="checkbox"/> 契約医療機関において実費負担で接種したため				
接種項目	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (小児以外)	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 新型コロナ	<input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ	
接種日	年 月 日	2024年9月27日	年 月 日	年 月 日	
① 支払った金額 (領収書の金額)	円	8,000円	円	円	
② 自己負担額	課税世帯	円	2,300円	円	
	非課税世帯	円	800円	円	
	生活保護世帯	0円			
③ 助成額 (①-②)	円	5,700円	円	円	
④ 上限額	課税世帯	円	5,500円	円	
	非課税世帯	円	7,000円	円	
	生活保護世帯	円	7,800円	円	
⑤ ③・④のうち低い額	円	5,500円	円	円	
申請額 (⑤の合計額)	5,500円				
振込先	金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)
	鳥取 銀行 信金 農協	鳥取市役所	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7	エキナントロウ

捨印